

FORMATION CONTINUE

Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs**From dissociation to dissociative disorders: clinical findings**

C. Laignac, A. Cicotti, A.-L. Bortoli, M. Kelley-Puskas, C. Damsa *

*Département de psychiatrie, Unité d'accueil et d'urgences psychiatriques hôpitaux universitaires de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse***Résumé**

La dissociation peut se définir comme un trouble des fonctions normalement intégrées : l'identité, la mémoire, la conscience et la perception de l'environnement. L'histoire des troubles dissociatifs rejoint celle de l'hystérie et de l'hypnose avec les travaux de Charcot, Janet et Freud à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. La disparition du concept d'hystérie des classifications internationales des troubles mentaux a catalysé, depuis une vingtaine d'années, un regain d'intérêt des chercheurs pour les troubles dissociatifs et somatoformes. Après avoir envisagé les questions cliniques et étiologiques du concept de dissociation, nous évoquons l'intérêt de la reconnaissance par le clinicien des états et des troubles dissociatifs, en insistant sur le diagnostic différentiel et les comorbidités psychiatriques. La dissociation apparaît actuellement comme une entité transnosographique observée dans plusieurs troubles psychiatriques : troubles anxieux et de l'humeur, troubles de personnalité, dépendances à plusieurs substances et dans certains troubles organiques. De nombreux progrès concernant le diagnostic et le traitement de ces troubles ont permis le développement d'outils diagnostics standardisés sensibles (DES - *Dissociative Experience Scale*, DQ - *Dissociation Questionnaire*) et spécifiques (DDIS - *Dissociative Disorder Interview Schedule* ou SCID-D-R - *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised*). Malgré d'importantes différences entre les études épidémiologiques (prévalences de troubles dissociatifs variant autour de 10 % dans la population générale), il existe un consensus dans la littérature quant à l'importance du dépistage précoce de ces troubles, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

Dissociation can be defined as a dysfunction of the normally integrated functions like memory, consciousness and perception of environment. The history of dissociative disorders rejoins the history of hysteria with the work of Charcot, Janet and Freud at the end of the 19th century and the beginning of the 20th century. The concept of hysteria disappeared from the international classifications of mental disorders (DSM-III and DSM-IV, ICD-10) which stimulate a regain of interest in the past 20 years for the field of somatoform and dissociative disorders. After discussing the clinical and etiological issues of the concept of dissociation, we emphasize the interest for the clinician to recognize dissociative states and dissociative disorders, while insisting on the differential diagnosis and the psychiatric comorbidities. Dissociation is now considered as a trans-nosographical entity that can be observed in many psychiatric disorders, such as anxiety and mood disorders, personality disorders, substance-related disorders and even some organic disorders. Substantial progress has been recently made in diagnosing and treating these disorders, allowing the development of sensitive (DES - *Dissociative Experience Scale*, DQ - *Dissociation Questionnaire*) and specific (DDIS - *Dissociative Disorder Interview Schedule*, SCID-D-R - *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised*) diagnostic tools. Despite important differences found in the epidemiological studies, the prevalence of the dissociative disorders being around 10 % in the general population, there is a consensus in the

* Auteur correspondant. 25, rue Goetz-Monin, 1205 Genève, Suisse.
Adresse e-mail : c.damsa@bluewin.ch (C. Damsa).

literature concerning the importance of precocious detection of these disorders, in order to improve the management of the patients.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : Clinique ; Diagnostic ; Épidémiologie ; Troubles dissociatifs

Keywords: Clinical features; Diagnosis; Dissociative disorders; Epidemiology

1. INTRODUCTION

Avec les travaux sur l'hystérie de Charcot, puis de ses disciples Janet et Freud, la dissociation fut un thème majeur de la psychiatrie à la fin du XIX^e et début du XX^e siècle. Le développement des techniques psychanalytiques et l'abandon de l'hypnose firent progressivement tomber le concept de dissociation en désuétude jusque dans les années 1980. Le renouveau d'intérêt concernant les troubles dissociatifs a été déclenché depuis une vingtaine d'années, notamment aux États-Unis, suite à de nombreux questionnements concernant les patients souffrant de troubles de personnalité multiple. Les cliniciens engagés dans une redécouverte de ce qui avait été établi, il y a maintenant plus d'un siècle, sont actuellement confrontés au souci de validation standardisée des anciennes entités nosologiques. Malgré les efforts de validation du concept de troubles dissociatifs, les controverses restent encore nombreuses dans la littérature quant à l'intérêt et la pertinence clinique du concept, de même que des liens éventuels avec un vécu traumatique réel. Après avoir revisité l'histoire du concept de dissociation, nous envisagerons les questions cliniques et étiologiques posées par la notion de troubles dissociatifs, en insistant sur les aspects cliniques du diagnostic différentiel et des comorbidités psychiatriques.

2. L'HISTOIRE DU CONCEPT DE DISSOCIATION

2.1. Naissance du concept de dissociation

L'histoire des troubles dissociatifs rejoint celle de l'hystérie et de l'hypnose avec les travaux de Charcot, Janet et Freud à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Charcot, médecin chef de la Salpêtrière à Paris, avait déjà reconnu le somnambulisme, la fugue et la personnalité multiple comme étant des manifestations de « la grande hystérie ». Son travail eut de nombreuses ramifications, et ses théories trouvèrent de nombreux disciples, mais en ce qui concerne l'histoire de la dissociation, il est probable que son influence la plus importante fut celle exercée sur Pierre Janet, professeur de philosophie pendant les années 1880. Travaillant son doctorat de philosophie, Janet choisit de concentrer ses recherches sur la psychologie pathologique, en étudiant de nombreux patients qui souffraient d'une symptomatologie hystérique. C'est dans ce contexte que

Janet développe un nouveau concept, celui de la dissociation mentale [12,13], comme étant à la base de l'ensemble de phénomènes hystériques. Janet postule que la dissociation serait le résultat de la « misère psychologique », qui est un processus pathologique, probablement une pauvreté ou un déficit génétique de l'énergie mentale de base, permettant aux personnes saines de combiner les différentes fonctions mentales (sensations, mémoires, volontés) dans une structure psychologique stable, unifiée, sous contrôle conscient du moi.

Un autre célèbre disciple de Charcot, Freud, identifiait parmi les troubles hystériques ceux dus à la dissociation (les états de conscience modifiés, somnambulisme, fugue, personnalité multiple), et ceux dus à la conversion, incluant des symptômes moteurs et sensitifs (paralysies, anesthésies). Contrairement à Janet, qui considérait la dissociation comme étant un déficit d'intégration d'un Moi trop faible, ou fragilisé suite à des traumatismes, Freud proposait un modèle conflictuel du fonctionnement psychique, dans lequel un Moi fort essaie de se protéger des expériences traumatisantes par un mécanisme de défense, le refoulement, qu'il associe à la dissociation comme élément fondamental dans l'hystérie.

2.2. La dissociation, un concept oublié ?

Malgré leurs différents modèles théoriques de dissociation, Janet et Freud partageaient l'idée de l'importance des événements traumatiques et de leurs traces mnésiques, en tant que facteurs déterminants pour l'apparition des symptômes dissociatifs. Toutefois, dans un deuxième temps, Freud abandonna l'idée d'un trauma réel pour un modèle du trauma imaginaire dérivé des fantasmes sexuels, comme étant la source des conflits psychologiques inconscients. La découverte de la psychanalyse et l'essor des techniques d'inspiration psychanalytique plongèrent progressivement dans l'oubli l'hypnose et les théories de Janet sur la dissociation.

Le déclin du concept de dissociation culmine avant le milieu du XX^e siècle, avec des théories de plus en plus répandues selon lesquelles les phénomènes dissociatifs sont soit des erreurs diagnostiques (se situant entre l'hystérie et la schizophrénie [6]), soit des effets secondaires provoqués par des techniques hypnotiques mal utilisées. Chassée par la science, la dissociation trouve comme unique défenseur le grand public, toujours avide d'histoires cinématographiques, ou de romans évoquant les questions de l'amnésie dissociative et celle de la personnalité multiple.

137 2.3. La dissociation, une nouvelle redécouverte

138 C'est aux États-Unis que certains événements politiques
139 et sociaux vont permettre à la fois de reconnaître l'endémie
140 cachée et ignorée d'abus physiques et sexuels d'enfants, mais
141 aussi d'établir des liens entre les vécus traumatiques, les
142 symptômes post-traumatiques et les symptômes dissociatifs
143 [4]. Deux événements majeurs sont à souligner :

- 144 • la guerre du Vietnam qui va permettre aux cliniciens
- 145 d'élaborer le concept de stress post-traumatique [26] ;
- 146 • la naissance du mouvement féministe dans les années
- 147 1960–1970, qui va autoriser la société à soulever le
- 148 problème des violences existantes envers les femmes et
- 149 les enfants, et de manière non surprenante les premières
- 150 études sur les traumatismes d'enfant seront réalisées par des
- 151 femmes défendant des valeurs féministes [4].

152 C'est dans ce contexte qu'à partir des années 1980 les
153 études sur les états de stress post-traumatiques et la disso-
154 ciation prolifèrent avec le renouveau du questionnement
155 concernant les effets psychologiques et physiologiques du
156 traumatisme [4].

157 2.4. Les controverses du passé resurgissent

158 Dans le début des années 1990, toujours aux États-Unis,
159 une réaction s'élève contre l'augmentation des révélations
160 publiques d'abus d'enfants avec la création de l'« association
161 du syndrome de faux souvenirs » (*False Memory Syndrome*
162 *Foundation*), regroupant des parents accusés d'abus, des psy-
163 chologues et des psychiatres. Ainsi, dans le milieu de cette
164 décennie, de nombreux cliniciens spécialisés dans le trauma
165 et la dissociation sont portés devant les tribunaux et accusés
166 d'utiliser des techniques de suggestion, et d'induire de faux
167 souvenirs [4,19]. Ces controverses en miroir des débats du
168 début du siècle soulèvent de nouveau le débat de la nature
169 du traumatisme : mémoire vraie ou fausse mémoire, le
170 traumatisme est-il réel ou imaginaire ?

171 2.5. L'époque actuelle

172 Avec l'arrivée du second millénaire, les controverses
173 persistent, malgré la poursuite de nombreuses études
174 concernant les troubles dissociatifs qui sont maintenant
175 réalisées aussi en dehors des États-Unis [15,16,19,22,26,27],
176 dans l'espoir de validation d'instruments diagnostiques avec
177 un intérêt clinique.

178 3. ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

179 DIFFÉRENTIEL

180 3.1. Épidémiologie

181 Probablement en lien étroit avec l'histoire du concept de
182 dissociation, l'épidémiologie des troubles dissociatifs s'est
183 largement modifiée au cours des 20 dernières années, avec
184 une augmentation significative des cas recensés [10,11]. Des

études de prévalence ont été réalisées à la fois dans la
population générale et pour des populations de patients
hospitalisés. Les données actuelles suggèrent qu'environ
10 % de la population générale et 16 % des patients hospita-
lisés en psychiatrie rempliraient les critères pour certaines
formes de troubles dissociatifs [21]. Le trouble dissociatif de
l'identité a fait l'objet d'études épidémiologiques plus spéci-
fiques, alors que les données concernant les autres troubles
dissociatifs restent peu nombreuses et incertaines. Le trou-
ble dissociatif de l'identité est retrouvé de manière prédo-
minante chez les femmes et dans plusieurs cohortes de
patients hospitalisés (3 à 5 % des patients [21]). L'augmenta-
tion de la prévalence de ce trouble, antérieurement consi-
déré comme rare, reste incertaine. Plusieurs hypothèses ont
été émises comme une amélioration de l'évaluation des
cliniciens en lien avec le renouveau d'intérêt pour le tra-
umapsychique et la reconnaissance du processus dissociatif ;
une deuxième hypothèse suggère des changements sociétaux,
avec une recrudescence des abus d'enfants et de leurs
caractéristiques, et une troisième hypothèse, venant plutôt
des détracteurs du concept de dissociation, évoque des
surdiagnostics erronés [19].

3.2. Comorbidités

La fréquence et l'importance de la prise en compte des
comorbidités des troubles dissociatifs sont soulignées par de
nombreuses études, qui insistent sur la place d'une recher-
che systématique des troubles psychotiques, des troubles de
l'humeur, des troubles anxieux, des dépendances et intoxica-
tion à plusieurs substances, des troubles de personnalité,
ainsi que de certains troubles organiques (surtout neurolo-
giques). Les troubles dissociatifs de l'identité et la déperson-
nalisation sont les troubles dissociatifs le plus fréquemment
associés avec des comorbidités [8]. Les comorbidités les
plus fréquemment associées sont les troubles de personna-
lité *borderline* (70 %) et les états de stress post-traumatiques
[8,22].

3.3. Sémiologie des troubles dissociatifs

3.3.1. États modifiés de conscience ou symptômes dissociatifs ?

Dans une revue récente de la littérature, O. Van der Hart
et al. [26] considèrent qu'il est important d'éviter l'utilisation
du terme de dissociation pour des phénomènes non disso-
ciatifs, comme la mise en jeu de l'imaginaire. Des phénomè-
nes comme le sentiment d'étrangeté, de rêve éveillé, la mise
en jeu de l'imaginaire, ou un sens altéré du temps, représen-
tent des altérations du niveau de conscience. Le consensus
actuel tend à envisager les altérations de la conscience
comme étant des symptômes dissociatifs uniquement s'ils
sont reliés à une expérience traumatique [3], mais pas s'ils
accompagnent d'autres troubles mentaux. De même, des
diminutions temporaires de la concentration, des baisses de
l'attention et autres altérations de la conscience n'impli-
quent pas en elles-mêmes l'existence d'une dissociation de la

personnalité, appelée aussi la « dissociation structurelle » [26]. Malgré ces considérations théoriques, les cliniciens sont parfois confrontés à la difficulté d'un diagnostic différentiel entre ces états altérés de la conscience et les symptômes dissociatifs.

3.3.2. Classifications nosologiques : évolution du concept de dissociation vers des troubles dissociatifs

Jusqu'en 1952, les classifications nosologiques de la névrose retenaient la classification de Freud avec l'hystérie de conversion et l'hystérie dissociative, puis avec le DSM-I, ces deux entités furent séparées en réaction de conversion et réaction dissociative. Cette scission fut temporairement suspendue avec la publication du DSM-II (1968), qui distinguait la névrose hystérique de type conversif et la névrose hystérique de type dissociatif. Les deux catégories furent à nouveau séparées lors de la troisième édition du DSM-III en 1980 et, dans sa version révisée, DSM-III-R en 1985. Dans les deux dernières éditions du DSM (DSM-IV et DSM-IV-TR), le trouble de conversion fait partie des troubles somatoformes, catégorie nosologique distincte des troubles dissociatifs.

Une brève comparaison entre les entités nosologiques retenues par la CIM-10 [5] et le DSM-IV [1] est illustrée dans le Tableau 1. Les différences entre les deux systèmes de classification traduisent le questionnement clinique actuel concernant la place et la nature du processus dissociatif dans les troubles de conversion et somatoformes. Au cours des dix dernières années, plusieurs auteurs ont suggéré de mieux reconnaître la nature dissociative des troubles conversifs [26], et de remplacer le nom des troubles de conversion par celui de « troubles dissociatifs somatoformes ». Dans cette perspective, il a été proposé de distinguer des symptômes dissociatifs positifs et négatifs pour chaque forme de dissociation [25,26] (Tableau 2).

Tableau 1

Les troubles dissociatifs dans les classifications internationales

DSM-IV	CIM-10
Troubles dissociatifs	Troubles dissociatifs [de conversion]
Amnésie dissociative [300.12]	Amnésie dissociative [F 44.0]
Fugue dissociative [300.13]	Fugue dissociative [F44.1]
Trouble dissociatif de l'identité [300.14]	Stupeur dissociative [F 44.2]
Trouble de dépersonnalisation [300.06]	États de transe et de possession [F 44.3]
	Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens [F 44.4 à F44.7]
	Autres troubles dissociatifs [F 44.8]
Trouble dissociatif non spécifié [300.15]	Trouble dissociatif sans précision [F 44.9]

Tableau 2

Symptômes dissociatifs (adapté selon Van der Hart O. et al. [26])

Symptômes dissociatifs	Dissociation psychogène	Dissociation somatoforme
Négatifs	Amnésie Expérience de « décorporation » Dépersonnalisation dissociative	Déficit sensoriel Déficit moteur
Positifs	Réminiscence traumatique Dissociation psychotique	Réminiscence traumatique avec hyperesthésie, mouvements dissociatifs non contrôlés

3.3.3. Formes cliniques des troubles dissociatifs

273

Tenant compte du fait que la plupart des études cliniques validées ont utilisé les critères diagnostiques du DSM-IV (Tableau 3), nous avons choisi de présenter les formes cliniques des troubles dissociatifs en suivant la classification nosologique du DSM-IV.

274

275

276

277

278

3.3.3.1. Amnésie dissociative. Étiologie. L'amnésie dissociative est sous-tendue par un processus dissociatif suite à l'exclusion de certains éléments mnésiques du champ de la conscience. Le traumatisme émotionnel est une cause fréquente dans la production de l'amnésie, et Freud l'expliquait comme étant le résultat de la répression de pensées ou souhaits inacceptables pour l'individu.

279

280

281

282

283

284

285

Diagnostic et formes cliniques. La caractéristique principale de l'amnésie dissociative est une perte de mémoire soudaine concernant une expérience personnelle ou un événement traumatique. La forme clinique la plus commune est l'amnésie circonstancielle, où les patients sont incapables de se rappeler les événements concernant une période donnée, allant de quelques heures à quelques jours. Moins fréquemment, on observe une amnésie généralisée, sélective ou systématisée. Le diagnostic ne peut être retenu qu'après l'élimination systématique d'une cause somatique. L'amnésie des troubles dissociatifs apparaît comme un dysfonctionnement des processus de remémoration, contrairement aux amnésies dues à des causes organiques où il existe une perturbation des processus d'acquisition de données, avec des atteintes importantes au niveau de la mémoire antérograde et rétrograde.

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

3.3.3.2. Fugue dissociative. Étiologie. Le trouble survient fréquemment dans un contexte de stress aigu, suite à des

302

303

Tableau 3

Troubles dissociatifs : critères diagnostics DSM-IV

	Amnésie dissociative	Fugue dissociative	Trouble dissociatif de l'identité	Trouble de dépersonnalisation
<i>Critères DSM-IV TR</i>	DSM-IV [300.12] CIM-10 F 44.0	DSM-IV [300.13] CIM-10 F 44.1	DSM-IV [300.14] CIM-10 F 44.81	DSM-IV [300.6] CIM-10 F 48.1
	<p>A.</p> <p>Incapacité épisodique d'évocation des souvenirs traumatiques ou stressants. (plus qu'une simple mauvaise mémoire!)</p> <p>B. Indépendante de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble dissociatif de l'identité, - Fugue dissociative, - État de stress post-traumatique, - Trouble de somatisation, - Substances, - Affection neurologique ou médicale générale (ex. traumatisme crânien). <p>C.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souffrance cliniquement significative, - Altération du fonctionnement socioprofessionnel. 	<p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Départ soudain et inattendu (domicile, lieu de travail) - Amnésie rétrograde. - Confusion-changement d'identité (partielle ou complète) <p>B. Indépendante de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble dissociatif de l'identité, - Fugue dissociative, - d'un État de stress post-traumatique, - Trouble somatisation, - Substances - Affection neurologique ou médicale générale (ex. épilepsie temporale). <p>C.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souffrance cliniquement significative - Altération du fonctionnement socioprofessionnel. 	<p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacité permanente d'évocation des souvenirs personnels importants, (plus qu'une simple mauvaise mémoire!) - Deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts et concomitantes (perception, pensée et relation environnement et soi-même différentes) - Prennent tour à tour le contrôle du comportement. <p>B.</p> <p>Indépendante de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Substances (ex. alcool) - Affection médicale générale (ex. crises comitiales partielles complexes). - Confabulation infantile (ex. jeux d'imagination ou l'évocation de camarades imaginaires) 	<p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment prolongée ou récurrente de détachement, - Impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps (ex. sentiment d'être dans un rêve) - l'appréciation de la réalité demeure intacte <p>B.</p> <p>Indépendante de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autre trouble mental (ex. schizophrénie, panique, stress aigu, trouble dissociatif), - Substances - Affection neurologique ou médicale générale (ex. épilepsie temporale). <p>C.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souffrance cliniquement significative, - Altération du fonctionnement socioprofessionnel.

304 catastrophes macro- ou microsociales. Le processus de
305 dissociation se traduit par une perte mnésique importante
306 qui atteint l'identité du patient.

307 **Diagnostic et formes cliniques.** La fugue dissociative
308 se caractérise par une perte brutale de l'identité, une amné-
309 sie complète du passé, voire l'adoption d'une nouvelle iden-
310 tité qui accompagnent l'épisode de « fugue » (départ sou-
311 dain, sans explication apparente). À l'exception des abus de
312 substances et des intoxications, les pathologies somatiques
313 les plus fréquentes pouvant produire un tableau clinique de
314 fugue dissociative sont les maladies neurologiques (épilepsie
315 temporale, tumeur cérébrale, traumatisme crânien, dé-
316 mence). La présence d'autres troubles dissociatifs devra être
317 systématiquement recherchée.

318 3.3.3.3. *Trouble dissociatif de l'identité (auparavant personnalité*
319 *multiple).* Après plus d'un siècle d'existence, le trouble de
320 personnalité multiple a succombé à sa propre pathologie en
321 changeant de nom dans le DSM-IV pour « Trouble dissociatif
322 de l'identité ».

323 **Étiologie.** Le processus dissociatif qui provoque ce trou-
324 ble diffère des autres syndromes dissociatifs, dans la mesure
325 où les éléments mnésiques exclus du champ de la conscience
326 se réorganisent et constituent une personnalité alternative,
327 qui semble fonctionner de manière autonome, accompagnée
328 d'une ou de plusieurs identités séparées. D'un point de vue
329 psychodynamique, le processus dissociatif est considéré
330 comme un mécanisme de défense contre des représenta-
331 tions mentales douloureuses, qui seraient le souvenir d'élé-
332 ments traumatiques réels, ou des représentations fantasma-
333 tiques et émotionnelles associées à des comportements

sexuels agressifs que le patient trouve intolérables et inac-
ceptables. Dans une perspective cognitivocomportemen-
tale, le processus dissociatif serait une mauvaise adaptation
(*coping*), suite à une succession de mauvais apprentissages,
favorisés par des expériences traumatisantes. Plus d'études
semblent nécessaires afin de nuancer le débat actuel concer-
nant la place du traumatisme réel, vs le traumatisme imagi-
naire.

Diagnostic et formes cliniques. Il existe d'innombra-
bles manifestations cliniques pour ce trouble, étant donné
qu'au moins deux personnalités (le maximum décrit étant
près d'une centaine de personnalités !) sont intriquées de
manière complexe en fonction de l'histoire de vie de chaque
patient. Les personnalités s'alternent, prenant à tour de rôle
le contrôle de la conscience, et chacune des personnalités
fait preuve d'un degré d'amnésie variable de l'existence des
contenus mentaux des autres personnalités. Les cliniciens
devraient chercher le trouble en investiguant systématique-
ment la mémoire, les expériences de dépersonnalisation,
l'impression subjective de la temporalité, et l'impression
qu'une autre personnalité domine la conscience. Le diagnos-
tic différentiel sera envisagé systématiquement, aussi bien
par rapport aux autres troubles dissociatifs et à des étiolo-
gies somatiques que par rapport à d'autres pathologies
psychiatriques (troubles psychotiques, autres troubles de
personnalité) et à la simulation.

3.3.3.4. *Trouble de dépersonnalisation.* **Étiologie.** Alors que
Freud postulait que la dépersonnalisation permettait à la
personne d'écarter des sentiments douloureux et inaccep-

tables en déniaient l'expérience de soi, la question de l'étiologie de ce trouble reste encore ouverte actuellement. Les situations de stress aigu, ainsi que certaines pathologies neurologiques (épilepsie temporale, tumeurs cérébrales, encéphalites et migraines), constituent les facteurs de risque les plus importants pour la survenue des symptômes de dépersonnalisation.

Diagnostic et formes cliniques. La dépersonnalisation implique un détachement de soi et l'impression d'être devenu l'observateur extérieur de son propre fonctionnement mental et de son propre corps. Cette expérience proche du rêve éveillé fait ressentir au patient un sentiment d'étrangeté, comme si la personne était séparée de ses pensées, ses émotions, ou de son identité. La dépersonnalisation peut être accompagnée par une déréalisation, un sentiment de détachement, mais avec une capacité d'analyse introspective conservée. Fréquemment associé à d'autres troubles (troubles psychotiques, troubles anxiodépressifs, abus de substances, privation de sommeil, crises d'épilepsies partielles complexes et migraines), le trouble de dépersonnalisation reste un diagnostic d'exclusion, après une démarche diagnostique différentielle rigoureuse.

3.3.3.5. *Transe dissociative.* Lors de l'état de transe dissociative, le patient présente un état modifié de conscience, durant lequel il peut manifester des hallucinations, une reviviscence d'événements traumatiques, ou la perception d'un état de possession (du corps et de l'esprit) par un « esprit étranger ». Dans le DSM-IV, le trouble est inclus dans l'appendice 3.3.3.2.

3.3.3.6. *Troubles dissociatifs non spécifiés.* Cette catégorie de troubles dissociatifs désigne les symptomatologies cliniques avec des symptômes dissociatifs qui ne remplissent pas les critères complets d'un des troubles spécifiques.

4. VERS LE DÉVELOPPEMENT D'OUTILS DIAGNOSTICS STANDARDISÉS

Le repérage des symptômes dissociatifs et la précision du diagnostic des troubles dissociatifs se sont améliorés parallèlement à la sensibilisation et à la formation des cliniciens, mais grâce à la validation d'outils diagnostics fiables. Il s'agit aussi bien d'échelles de dépistage sensibles que des méthodes d'évaluation plus spécifiques. Des échelles spécifiques pour évaluer la dissociation somatoforme et les antécédents de traumatismes dans l'enfance ont été également développées.

4.1. Échelles de dépistage sensibles

L'échelle d'expériences dissociatives - *Dissociative Experience Scale* (DES) - est un autoquestionnaire de 28 questions [3], qui possède une bonne fiabilité et qui permet une

mesure valide de la dissociation, dans des populations avec et sans symptômes dissociatifs [20]. C'est une échelle analogique visuelle avec un score pouvant aller de 0 à 100. Un score supérieur à 30 est le critère pour une investigation plus spécifique [14]. Cette échelle, traduite dans plusieurs langues (traduction française [7]), est l'échelle de dépistage la plus utilisée.

Le Questionnaire de dissociation - *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) - est un autoquestionnaire de 63 items [27], qui permet d'évaluer la sévérité de la dissociation psychique avec des scores allant de 1 à 5. Ce questionnaire permet de différencier les patients souffrant de troubles dissociatifs chroniques de ceux souffrant d'autres troubles psychiatriques. Ce questionnaire a été traduit en français par Mihaescu et al. [15].

4.2. Échelles de dépistage spécifiques

La *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS) est un entretien structuré avec une bonne fiabilité et une bonne validité [20] qui permet de confirmer le diagnostic DSM-IV pour les troubles dissociatifs.

Le *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D) est un entretien semi-structuré avec une bonne validité et une fiabilité qui permet de confirmer le diagnostic des cinq troubles dissociatifs du DSM IV [23,24]. Le SCID-D a cinq sous-échelles numériques et un score global.

4.3. Autres échelles diagnostiques

Le Questionnaire de Dissociation Somatoforme (SDQ-20) est un autoquestionnaire de 20 items, qui évalue la sévérité de la dissociation somatoforme [17]. Les items sont cotés de 1 à 5, et le score varie entre 20 et 100. Le SDQ a été validé aux Pays-Bas, en Turquie et partiellement au Royaume-Uni, ainsi qu'en France [9].

Le questionnaire des traumatismes de l'enfance - *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) - est un autoquestionnaire rétrospectif de 53 items [2], traduit également en français par Paquette et al. [18]. Il est utilisé pour étudier les liens entre les traumatismes de l'enfance et la symptomatologie dissociative à l'âge adulte.

Il existe également une échelle pour mesurer les expériences dissociatives à l'adolescence - *Adolescent Dissociative Experience Scale*, A-DES - et durant l'enfance la *Child Dissociative Checklist*.

5. CONCLUSION

Depuis la fin du XIX^e siècle, le débat entourant les aspects nosologiques, cliniques et étiopathogéniques des symptômes dissociatifs a connu plusieurs oscillations entre la reconnaissance et le déni du traumatisme réel et entre une sur- et une sous-inclusion diagnostique des patients souffrant de symptômes dissociatifs. L'importance de la connaissance

411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460

461 des aspects épidémiologiques, cliniques, des comorbidités et
 462 du diagnostic différentiel des troubles dissociatifs par les
 463 cliniciens est illustrée par le consensus qui existe dans la
 464 littérature concernant l'intérêt d'une prise en charge spéci-
 465 fique précoce de ces troubles, pour améliorer leur pronostic.
 466

467 RÉFÉRENCES

- 468 [1] American Psychiatric Association. DSM-IV - Manuel diagnostique et
 469 statistique des troubles mentaux (4^e édition). Paris: Masson; 1996.
- 470 [2] Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K,
 471 et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of
 472 child abuse and neglect (CTQ). *Am J Psychiatry* 1994;151:1132-6.
- 473 [3] Bernstein E, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a
 474 dissociation scale (DES). *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-35.
- 475 [4] Chu A, Bowman ES. Trauma and dissociation: 20 years of study and
 476 lessons learned along the way. *J Trauma Dissociation* 2000;1:5-20.
- 477 [5] Classification internationale des troubles mentaux-CIM-10.
 478 Traduction par CB Pull et al. Paris: Masson; 1994.
- 479 [6] Combe S, Khalil P, Villard E, Gouiran M. Approche théorique et
 480 conceptuelle du délire hystérique. *Ann Med Psychol (Paris)*
 481 2004;162:525-32.
- 482 [7] Darves-Bornoz JM, Degiovani A, Gaillard P. Validation of a French
 483 version of the dissociative experience scale in a rape victim
 484 population. *Can J Psychiatry* 1999;44:271-5.
- 485 [8] Dell PF. Axis II pathology in outpatients with dissociative identity
 486 disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:352-6.
- 487 [9] El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, et al. Posttraumatic
 488 somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma*
 489 *Dissociation* 2002;3:59-74.
- 490 [10] Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative
 491 disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J*
 492 *Nerv Ment Dis* 2001;189:249-57.
- 493 [11] Hunter ECM, Sierra M, David AS. The epidemiology of
 494 depersonalisation and derealisation a systematic review. *Soc*
 495 *Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:9-18.
- 496 [12] Janet P. L'état mental des hystériques. Paris: Félix Alcan; 1911.
- 497 [13] Janet P. L'automatisme psychologique. Paris: Félix Alcan; 1889.
- 498 [14] Lipsanen T, Korkeila J, Peltola P, Jarvinen J, Langen K, Lauerma H.
 499 Dissociative disorders among psychiatric patients. *Eur Psychiatry*
 500 2004;19:53-5.
- [15] Mihaescu G, Vanderlinden J, Sechaud M, Heinze X, Velardi A,
 Finot SC, et al. The Dissociation Questionnaire DIS-Q: preliminary
 results with a French-speaking Swiss population. *Encephale*
 1998;24:337-46.
- [16] Moyano O, Thiébaud E, Claudon P. Comparaison des expériences
 dissociatives à l'adolescence entre un groupe de collégiens et un
 groupe clinique. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;162:533-40.
- [17] Nijenhuis ER, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O,
 Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of
 the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment*
Dis 1996;184:688-94.
- [18] Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M. Validation of the
 French version of the CTQ and prevalence of the history of
 maltreatment. *Sante Ment Que* 2004;29:201-20.
- [19] Piper A, Merskey H. The persistence of folly: a critical examination of
 dissociative identity disorder. Part I. The excesses of an improbable
 concept. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 592-600. Part II. The defence and
 decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Can. J.*
Psychiatry 2004;49:678-83.
- [20] Ross CA. Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features,
 and treatment of multiple personality. 2nd edition. New York: John
 Wiley & Sons; 1997.
- [21] Ross CA, Duffy CMM, Ellason JW. Prevalence, reliability and validity
 of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma &*
Dissociation 2002;3:7-17.
- [22] Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma,
 dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion
 disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:2271-6.
- [23] Steinberg M, Cicchetti D. Clinical assessment of dissociative
 symptoms and disorders: THE structured clinical interview for
 DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *Dissociation* 1993;6:3.
- [24] Steinberg M. Interviewer's guide to the Structured Interview for
 DSM-IV Dissociative Disorder (SCID-D), revised. Washington, DC:
 American Psychiatric Press; 1994.
- [25] Van der Hart O, Friedman BA. Reader's Guide To Pierre Janet: a
 neglected intellectual heritage. *Dissociation* 1989;2:3-16.
- [26] Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. Brown. Trauma-related
 dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry*
 2004;38:906-14.
- [27] Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H. The
 Dissociation Questionnaire (DIS-Q): development, reliability and
 validity of a new self-reporting dissociation questionnaire. *Acta*
Psychiatr Belg 1994;94:53-4.